FACULTÉ DE MÉDECINE SAINT-ANTOINE - PARIS

N043

Année 1975 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

LÉVY Jean-Paul

Né le 1er Mars 1945 à Oujda (MAROC)

Présentée et soutenue publiquement

le

- LE SYNDROME DE MALLORY WEISS - A PROPOS DE 44 OBSERVATIONS

Président : Monsieur le Professeur CONTE.

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE PARIS

-:-:-:-:-:-:-:-

ANNEE : 1975 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

P A R

L E V Y JEAN-PAUL

né le 1Mars 1945 à OUJDA (Maroc)

-:-:-:-:-:-:-:-

Présentée et soutenue publiquement

le

-:-:-:-:-:-:-:-

- L E S Y N D R O M E D E M A L L O R Y W E I S S -

A PROPOS DE 44 OBSERVATIONS

-:-:-:-:-:-:-:-

PRESIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR C O N T E.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548106_0007

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE

F A C U L T E D E M E D E C I N E S A I N T - A N T O I N E

-:-:-:-:-:-

Professeurs Titulaires

MM.	ANDRE R.	Hématologie	GOLVAN Y.J.	Parasitologie
	BRICOUT F.	Bactério-virologie	HUGELIN A.	Physiologie
	BRISSAUD H.	Pédiatrie	LAPLANE R	Pédiatrie
	BROCARD H.	Pneumologie	LELORIER G.	Obstétrique
	CATINAT J.	Cardiologie	LOEPER J.	Médecine Expérimentale-Immunologie
	CERBONNET	Chirurgie		
	CHALUT J.	Radiologie	LOYGUE J.	Chirurgie
	CHERIGIE Ed.	Radiologie	MALAFOSSE M.	Chirurgie
	CHIGOT Ph.	Chirurgie Infantile	MAROIS M.	Histologie
	CONTAMIN Fr.	Neurologie	MILHAUD G.	Biophysique
	CONTE M.	Médecine	NICK J.	Neurologie
	DAGUET G.	Bactériologie	ORCEL L.	Anat. Pathologique
	DEBRAY J.	Médecine	PERRAULT M.	Médecine
	DECROIX G.	Pneumologie	PICARD J.	Biochimie
	DRY J.	Médecine	PIERON R.	Pneumologie
	DUHAMEL G.	Hématologie	POLONOVSKI Cl.	Pédiatrie
	FLABEAU	Chirurgie	POLONOVSKI J.	Biochimie
	GERBEAUX J.	Thérapeutique	RICHET G.	Néphrologie
	GIRARD F.	Physiologie	SALMON Ch.	Immunologie
	GOSSET J.	Chirurgie	N....	Obstétrique
			SARAUX H.	Ophtalmologie

Professeurs sans chaire

MM.	ARDAILLOU R.	Physiologie	LASFARGUES G.	Pédiatrie
	ATTAL Cl.	Pédiatrie	ROUX Ch.	Embryologie
Mme	CHAPUT A.	Stomatologie	WARGON H.	Méd. Expérimentale
MM.	CHEYMOL G.	Pharmacologie	WEINMANN S.	Biochimie
	GUIRAUDON G.	Anatomie		

Maîtres de Conférences Agrégés

MM	AKOUN G.	Pneumologie
	ALBY J.M.	Psychiatrie
	AMSTUTZ P.	Réanimation
	APOIL A.	Orth. Traum.
Mme	ARON D.	Ophtalmologie
MM.	BARRITAULT L	Biophysique
	BAUX S.	Orth. Traum.
	BIGOT R.	Radiologie
	BODIN Fr.	Médecine
	BOURY G.	Chirurgie
	CHOUARD Cl.	O. R. L.
	CLOAREC M.	Médecine
Mme	COMBRISSON A.	Hémato-Imm.
MM.	COTIN G.	O. R. L.
	DELIGNE P.	Anesthésiologie
	FONTAINE J.L.	Pédiatrie
	GAUTIER H.	Physiologie
	GOLDLUST D.	Radiologie
	GRUNER M.	Chir. Infantile
	GUILMET Cl.	Anesthésiologie
	HERMAN D.	Médecine
	HUGUET Cl.	Chirurgie
	HUGUIER M.	Chirurgie
	KRULIK M.	Médecine
	LAUGIER A.	Radiothérapie
	LEVY V.G.	Hépato-Gastro.
	MENSCH B.	Biophysique
	MERY Ph.	Néphrologie
Mme	MIGNON Fr.	Néphrologie
MM	MONNIER J.P.	Radiologie
	NAJMAN A.	Hématologie
	NICOLLE M.	Neurologie
	OPOLON J.	Hépato-Gastro.
	PAQUELIN Fr.	O. R. L.
	PISSARRO B.	Méd. Préventive
	PRUDHOMME de SAINT MAUR P.	Anat. Pathologique
	RAMPINI Cl.	Biochimie
	RICHARDET J.M.	Pédiatrie
	ROLAND J.	Anat. Pathologique
	SALAT J.	Obstétrique
	SANTARELLI J.	Obstétrique
	TOURNIER G.	Pédiatrie
	VERGEZ P.	Bactériologie
	WITCHITZ S.	Cardiologie
	THOMAS M.	Médecine (ff)
	N....	Radiothérapie
	DARNIS F.	Hépato-Gastro
	N....	Ophtalmologie
	N.....	Neurologie
	N.....	Immunologie

ENSEIGNANTS ASSOCIES

M. ELIAKIS Em. Médecine légale

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS

M. KIRSCH Fr. Physiologie biochimique

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

MM. BENOIST
BRUEZIERE
CASASSUS
COUVREUR
CHRISTOL
DUNET
SALOMON
SCETBON
VERGOZ

ATTACHES D'ENSEIGNEMENT

MM. ANGLERAUD
BAKOUCHE
BENAIM
BLOCH MICHEL
GIRAUDEL
KIPMAN
LAURAS
DES LAURIERS
MAY
MIGNOT
Mme PANKOW
ROBERT
SAUVAN
SCHNEIDER

A M O N P E R E

A M A M E R E

POUR TOUS LEURS SACRIFICES.

A M E S F R E R E S E T S O E U R S

B E A U X F R E R E S E T B E L L E S S O E U R S

POUR LEUR AIDE MATERIELE ET LE RECONFORT MORAL QU'ILS M'ONT APPORTES.

A U D O C T E U R HENRI L E V Y

A U D O C T E U R PAUL L E V Y

A M E S A M I S .

A M O N S I E U R L E P R O F E S S E U R C O N T E

MEDECIN DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

PROFESSEUR A LA FACULTE DE MEDECINE

qui avec une grande bienveillance m'a reçu dans son Service comme externe,

m'a fourni les éléments nécessaires à ce travail

a bien voulu me guider dans sa réalisation

et qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la Présidence de cette thèse

Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de ma respectueuse admiration

A M E S M A I T R E S D A N S L E S H O P I T A U X

M O N S I E U R L E P R O F E S S E U R L O Y G U E

M O N S I E U R L E P R O F E S S E U R C E R B O N N E T

M O N S I E U R L E P R O F E S S E U R D R Y

M O N S I E U R L E P R O F E S S E U R N O U A I L L A T

M O N S I E U R L E D O C T E U R L E W I

M O N S I E U R L E D O C T E U R B O G N E L

QUE TOUS TROUVENT ICI L'EXPRESSION DE MA GRATITUDE POUR L'ENSEIGNEMENT QUE J'AI RECUEILLI AUPRES D'EUX.

A M O N S I E U R L E P R O F E S S E U R B O D I N

MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
MEDECIN DES HOPITAUX DE PARIS

Qui, depuis huit ans, sans se départir de son inaltérable patience, m'a soutenu, guidé, enseigné

Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de ma respectueuse amitié

A U D O C T E U R B O G N E L J. C.

ASSISTANT DES HOPITAUX DE PARIS

CHEF DE SERVICE DE L'HOPITAL SAINTE-CAMILLE A BRY SUR MARNE

QUI M'A INITIE A L'ENDOSCOPIE GASTRIQUE, ENSEIGNE LA GASTRO-ENTEROLOGIE PRATIQUE, ET CONDUIT DANS CE TRAVAIL.

QU'IL TROUVE ICI L'EXPRESSION DE MA SYMPATHIE ET DE MON ADMIRATION.

A U D O C T E U R C H E I N I S S E

qui pendant huit ans m'a aidé à surmonter les difficultés
que rencontre un étudiant

Qu'il soit assuré de ma sympathie et de mon amitié

AU DOCTEUR LICHTENSTEIN

ET

AU DOCTEUR LIGUORY

CHEFS DE CLINIQUE A LA FACULTE

ASSISTANTS DES HOPITAUX DE PARIS

qui m'ont aidé dans ce travail

avec l'expression de mes sincères remerciements

P L A N

D E F I N I T I O N

H I S T O R I Q U E

P R E S E N T A T I O N

A N A T O M O P A T H O L O G I E

P A T H O G E N I E

Facteur déclanchant et ses causes

Facteurs favorisants

-Fragilité de la muqueuse gastrique et l'éthylisme
syndrome de reflux
médicaments gastro-toxiques
-déplacement de la jonction oeso-gastrique

Terrain : l'âge
le sexe

Symptomatologie : vomissements non sanglants
hématémèse
évolution

D I A G N O S T I C

Interrogatoire

Examen clinique

Transit baryté

Artériographie

Endoscopie gastrique

-préparation
-résultats
-incidents et accidents
-siège et aspects des lésions
-évolution de la lésion
-lésions associées

E V O L U T I O N

T R A I T E M E N T médical
chirurgical

D I S C U S S I O N -place du Mallory-Weiss dans les hémorragies digestives
-Mallory-Weiss et hernie hiatale
-Mallory-Weiss et alcoolisme
-diagnostics differentiels

C O N C L U S I O N

D E F I N I T I O N

Le syndrome de Mallory-Weiss est une cause fréquente d'hémorragie digestive. Il est caractérisé par des hématémèses importantes et répétées, précédées de vomissements non sanglants.

Le saignement est lié à une dilacération muqueuse longitudinale de siège cardio-oesophagien.

H I S T O R I Q U E

C'est en 1929 et en 1932 que Mallory et Weiss, deux anatomopathologistes ont décrit le syndrome qui porte leur nom, a propos de six observations mortelles d'hémorragies digestives. Ils définirent ce syndrome cliniquement et anatomiquement, et essayèrent d'en déterminer la pathogénie.

En 1932 CHALMERS rapporte trois nouveaux cas autopsiques; et PALMER évoque sept fois le diagnostic qur 121 hémorragies en se basant seulement sur la clinique.

En 1953 MALLORY, DEKER et ZANCHECK rapportent onze cas autopsiques supplémentaires.

En 1955 WITHING & BARRON rapportent le premier cas guéri chirurgicalement par suture de la déchirure muqueuse.

En 1956 HARDY marque une étape très importante en publiant le premier cas diagnostiqué à l'endoscopie.

En 1963 DOBBINS fait le premier diagnostic au transit baryté oeso-gastrique.

Ce n'est qu'an 1961 que fut publié en FRANCE par HOLLENDER la première observation.

Depuis, l'apparition des appareils à fibres de verre, et leur extension comme moyen diagnostic rapide et sûr dans l'exploration endoscopique en période hémorragique, fait apparaître la fréquence du syndrôme de MALLORY-WEISS.

P R E S E N T A T I O N

Ce travail est fait à partir de quarante quatre observations recueillies dans le service de réanimation du Professeur CONTE à l'Hopital SAINT ANTOINE-PARIS.

Dans tous les cas le diagnostic est affirmé par l'endoscopie oesogastrique à l'aide du fibroscope souple à fibres de verre.

Quarante des malades étaient hospitalisés dans le service de réanimation, quatre provenaient d'hopitaux satéllites n'ayant pas la possibilité de faire des endoscopies en urgence (ces quatre malades, le diagnostic fait sont retournés dans leur service d'origine).

Dans ce travail nous proposons à partir de ces quarante quatre cas, et d'une revue de la littérature d'étudier la pathogénie du syndrôme, les moyens d'en faire le diagnostic, et la conduite thérapeutique à suivre.

A N A T O M O P A T H O L O G I E

Aucun de nos patients n'est décédé à cause de l'hémorragie dûe au syndrôme de MALLORY-WEISS. L'étude autopsique n'a pu donc être faite par nos soins. Ce chapitre est une synthèse et un rappel de ce que l'on trouve dans la littérature ; pour nous permettre de mieux comprendre la pathogénie.

Les lésions macroscopiques ont pu être visualisées à l'endoscopie.

Il s'agit d'une déchirure linéaire, rectiligne dont le grand axe est parallèle à celui de l'oesophage, longue de un à trois centimètres en moyenne, large de deux à six millimètres. Les bords sont nets, réguliers, souples, hémorragiques. Le fond est plat, rouge vif, recouvert parfois de caillots adhérants, ou de fausses membranes ; parfois une artèriole saigne abondamment au centre de l'ulcération.

La profondeur de l'ulcération se limite le plus souvent à la muqueuse ou à la sous muqueuse ; rarement elle atteint la musculeuse.

Le siège des lésions est à la jonction oesogastrique.

Le nombre des lacérations est variable comme nous le verrons plus loin.

Sur le plan histologique la lésion est superficielle respectant la muscularis mucosae. Au fond de l'ulcération il y a un amas de fibrine et de polynucléaires avec souvent une artériole rompue ou/et des veinules trombosées.

Les biopsies faites lors de l'endoscopie ont pu parfois montrer par ailleurs des signes d'oesophagite ou de gastrite non spécifique à distance de la lésion.

P A T H O G E N I E

Tous les auteurs s'attardent sur la pathogénie du syndrôme ; tous les points n'en sont pas éclaircis, mais tous admettent l'origine mécanique : les vomissements précèdent l'hémorragie, comme facteur déclenchant ; sur un estomac "prédisposé " soit par la présence d'une hernie hiatale, ou d'une fragilité particulière de la muqueuse.

Nous avons fait une étude des quarante quatre observations portant d'une part sur le facteur déclenchant d'autre part sur les facteurs favorisants.

F A C T E U R D E C L A N C H A N T

Trente huit fois soit 86,5% des cas des vomissements ont précédé l'hémorragie.

Deux fois 4,5 % de très fortes nausées ont précédé l'hémorrag

Quatre fois soit 9 % des cas cela n'a pas été précisé.

Nous le voyons, le vomissement est le symptôme qui précède l'hémorragie digestive dans la majeur partie de nos observations. Il est donc raisonnable de l'assimilé au facteur déclenchant.

Au cours des nausées, le pylore se ferme et le péristaltisme s'inverse. Au lieu d'être dans le sens cardia pylore il est dans le sens pylore cardia. Lors du vomissement grâce à la contraction des muscles abdominaux et diaphragmatiques, à l'inversion du péristaltisme et à l'ouverture du cardia, le contenu gastrique est expulsé.

Le vomissement ne s'effectue normalement qu'en cas de parfaite coordination de ces différentes phases ; ce qui est le cas le plus fréquent, et l'état de relachement du cardia en est la condition essentiel

Si le cardia se ferme - quelque soit la raison - la projection violente du contenu de l'estomac contre la jonction oesogastrique entraîne au niveau de celle ci une distension pariétale qui peut aboutir à une déchirure muqueuse.

En 1929 déjà, MALLORY & WEISS on pu reproduire sur l'estomac de cadavre le vomissement à cardia fermé.

Ils observèrent des lésions similaires à celles qu'ils avaient observées à l'occasion de leurs autopsies. ATKINSON, fait le même type d'expérimentation,estomac de cadavre plein que l'on contracte en augmentant progressivement la pression ; il note que les lésions siègent à la jonction oesogastrique et que les chances de les provoquer augmentent en fonction de la pression.

On peut admettre donc l'origine mécanique du syndrôme de MALLORY-WEISS : Pylore et cardia fermés, contraction brutale de l'estomac, et donc augmentation de la pression intra-gastrique qui projete son contenu contre la jonction oesogastrique provocant la déchirure.

La cause des vomissements est variable

-ETHYLISME AIGU : QUATORZE CAS

-SYNDROME ULCEREUX : SEPT CAS

-TROUBLES DYSPEPTIQUES : TROIS CAS

-SYNDROME DE REFLUX : QUATRE CAS

-TROUBLES FONCTIONNELS DES GASTRECTOMISES : DEUX CAS

-PANCREATITE : DEUX CAS

-DYSPHAGIE : DEUX CAS

-LITHIASES BILIAIRES : DEUX CAS

-PERITONITE : UN CAS

-BRULURE DEUXIEME DEGRE : UN CAS

-HEPATITE VIRALE : UN CAS

-GROSSESSE : UN CAS

-FIBRILLATION AURICULAIRE : DEUX CAS

-CONSTIPATION : UN CAS

-TROUBLES NEURO-PSHYCHIATRIQUES : UN CAS

Le vomissement quelqu'en soit la cause n'est que le facteur déclenchant. Il n'entraine par forcément même s'il est répété et violent un syndrôme de MALLORY-WEISS.

La coïncidence vomissement MALLORY-WEISS est en fait rare.

Pour qu'il y ait hémorragie il faut qu'il y ait vomissements. Mais tous les vomissements ne donnent pas de MALLORY-WEISS.

Pourquoi coincidence ? car pour avoir un tel syndrôme il faut

1er) qu'il y ait vomissement

2ème) que le pylore et le cardia soient fermés.

3ème) que le péristaltisme soit inversé.

Mais cette probabilité si petite soit elle au départ augmente considérablement si les vomissements se répètent souvent et s'il y a des facteurs surajoutés qui, soit ,fragilisent la muqueuse et la rendent plus vulnérable, soit, déplacent la jonction oesogastrique.

Ces facteurs sont communément appelés : facteurs favorisants.

F A C T E U R S F A V O R I S A N T S

1°) la fragilité de la muqueuse facilite la déchirure. L'éthylisme chronique provoque une fragilité muqueuse importante parfois visualisée en endoscopie sous forme de gastrite.

-chez nos 44 malades la dose d'alcool absorbée par jour a pu être chiffrée. Nous avons tout rapporté à l'index éthylique quotidien. Exemple : si une personne boit un litre de vin à 10° par jour l'index éthylique (I.E.) est de cent.

-Index éthylique inférieur à cent - 12 CAS

- " " de l'ordre de cent - 8 CAS

- " " de l'ordre de cent cinquante - 11 CAS

- " " de l'ordre de deux cent - 12 CAS

- " " supérieur à deux cent - UN CAS

Si arbitrairement, nous considérons qu'une personne qui a quodidiennement un index éthylique égal ou supérieur à cent est éthylique chronique, dans le syndrôme de MALLORY-WEISS 72 % des patients peuvent être considérés comme tels.

L'éthylisme aigu fragilise aussi la muqueuse de manière temporaire. Trois de nos malades qui n'étaient pas éthyliques chroniques (I.E. inférieur à 100), après un bon repas bien arrosé ont présenté un syndrôme de MALLORY-WEISS.

-Huit fois nous avons noté en fibroscopie une gastrite non spécifique, quatorze fois un syndrôme de reflux avec hernie hiatale, qui nous faisaient suspecter donc une fragilité de la muqueuse gastrique et oesophagienne.

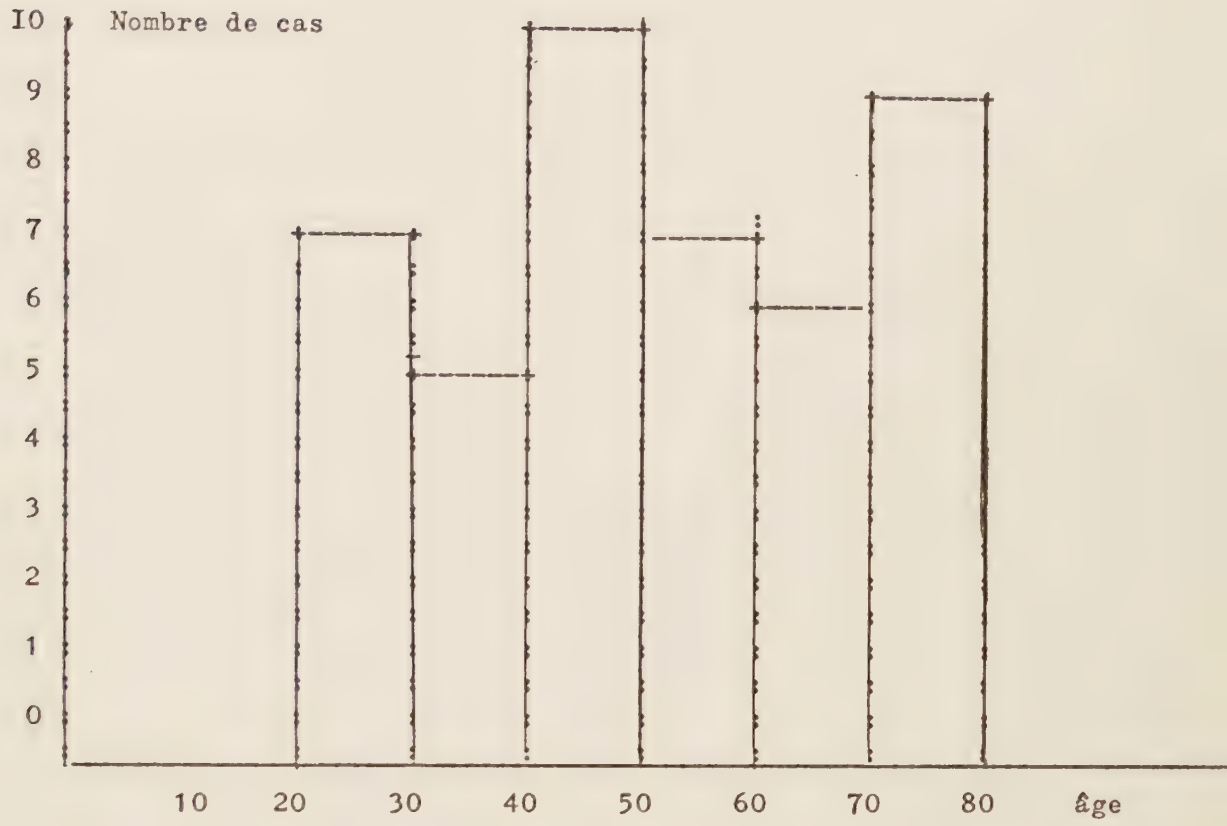
-Les médicaments gastro-toxiques, tels que salycylés et ses dérivés, corticoïdes etc... provoquent aussi une fragilité muqueuse. Quinze fois nous avons noté dans les trois jours qui ont précédé l'hématémèse la prise de tels médicaments. Nous considérons que ces produits ne sont pas directement en cause comme c'est le cas dans les ulcères aigus médicamenteux, mais qu'ils entrainent simplement une fragilité de la muqueuse.

2°) le déplacement dans le thorax de la jonction oesogastrique modifie la synchronisation entre vomissement et ouverture du cardia. Ce qui fait qu le contenu gastrique à la faveur de la contraction des muscles abdominaux se heurte à un orifice artificiel non synchrone qui peut être fermé. Vingt et une fois nous avons noté en endoscopie et en radiologie une hernie hiatale permanente, soit quarante sept pour cent des cas. Quatre fois une hernie hiatale transitoire soit neuf pour cent. Soit au total cinquante six fois sur cent un déplacement intra thoracique de la jonction oesogastrique.

Les facteurs favorisants sont donc soit d'origine mécanique : déplacement intra thoracique du cardia soit chimique : fragilisant la muqueuse gastro oesophagienne. Bien entendu les deux peuvent être associés, augmentant la probabilité de la séquence vomissement syndrôme de MALLORY-WEISS.

T E R R A I N

Le syndrôme de MALLORY-WEISS a-t-il un âge de prédilection ?



Ce tableau montre que le syndrôme de MALLORY-WEISS peut se produire à n'importe quel âge de vingt à quatre vingt ans sans que la différence dans une tranche d'âge soit significative. Peut-être une faible augmentation chez les personnes plus âgées peut être en raison d'une fragilité muqueuse plus importante.

Il existe aussi chez l'enfant, il semble moins fréquent que chez l'adulte ou peut être est-il méconnu du fait encore des difficultés diagnostiques.

Le syndrôme de MALLORY-WEISS est-il plus fréquent chez l'homme que chez la femme ?

Chez nos quarante quatre patients : 35 sont des hommes, 9 des femmes. Il est donc plus fréquent chez l'homme (79 %) que chez la femme (11 %) peut être parce-que l'éthylisme est plus important chez le premier.

S Y M P T O M A T O L O G I E

Vomissements non sanglants, sur un terrain particulier, suivis par une hématémèse, tels sont les symptômes du syndrôme

1°) les vomissements non sanglants 38 cas sur 44 soit 86,5 % dans notre étude. La littérature nous donne des chiffres similaires 120 cas sur 140 soit 85,5 % des cas. Les vomissements sont en régle violents et répétés.

Parfois ce sont des nausées très fortes, deux cas soit 4,5 %

Quatre cas ou il n'y a ni vomissement ni nausée. Dans la littérature on retrouve un pourcentage analogue et on signale soit un hoquet soit un accès de toux, un traumatisme abdominal, une crise comitiale.

Les vomissements sont soit unique soit répétés pendant plusieurs jours.

Vomissement unique 10 cas sur 44

Vomissements répétés 28 cas sur 44

2°) les hématémèses succèdent aux vomissements dans des délais variables. Parfois quelques minutes, jusqu'à quelques heures ou même plusieurs jours.

I6 Fois quelques minutes

9 Fois plusieurs heures

13 Fois plusieurs jours

Les vomissements quelque soit leurs causes, peuvent exister depuis plusieurs jours et brusquement, suivant l'un d'eux de quelques instants survient une hématémèse. ou encore être épisodique et suivant l'un d'eux, particulièrement violent survient une hématémèse.

L'hématémèse peut être unique, elle peut se répéter dans les heures ou même les jours qui suivent. Elle s'accompagne ou non de méloena. L'existance de ce dernier dépend de la tolérance du sang par l'estomac et de l'abondance de la spoliation sanguine. En effet si l'estomac est intolérant très peu de sang sera digéré ; d'autre part si la spoliation sanguine est minime il y aura le même résultat, c'est à dire pas de méloena.

Hématémèse unique 10 fois sur 44

Répétée pendant quelques heures 24 fois

Pendant plusieurs jours 10 fois

L'abondance de l'hémorragie est variable ; jugée sur l'hématocrite et sur le nombre de flacons transfusés. (nous avons pris ces deux critères car ce sont les seuls qui peuvent être étudiés de manière homogène

Il est difficile de fixer les limites entre une hématémèse de petite, de moyenne ou de grande abondance.Arbitrairement nous avons fixé de limites :

Hématocrite égal ou supérieur à 40 % : petite hématémèse.

Hématocrite compris entre 30 et 40 : hématémèse de moyenne abondance.

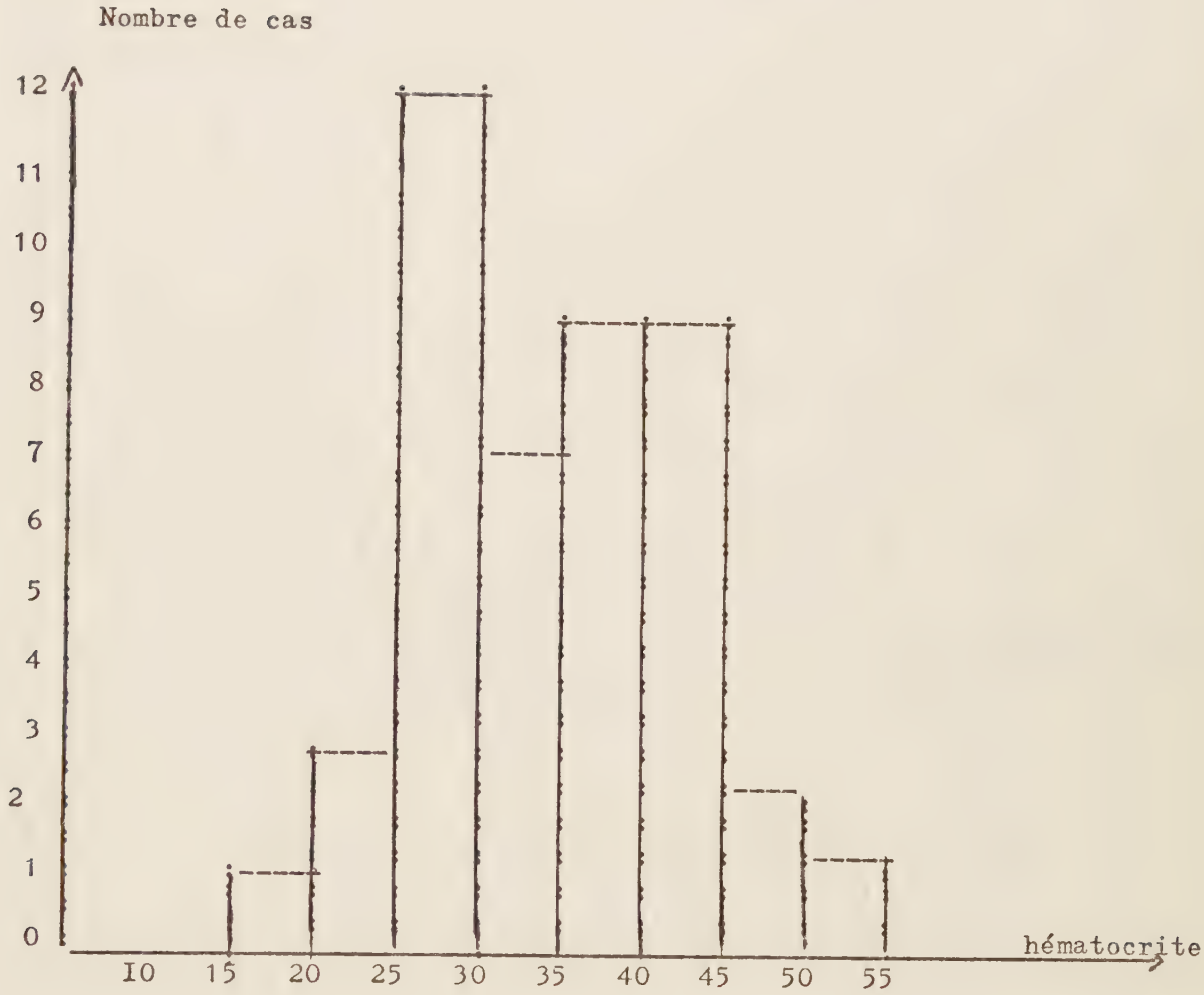
Hématocrite inférieur à 30 : hématémèse abondante.

De même s'il s'agit de flacons transfusés : (un flacon correspond en moyenne à 300 ou 400 cc de sang :

Zéro ou un flacon : petite hématémèse

Deux à quatre flacons : hématémèse de moyenne importance.

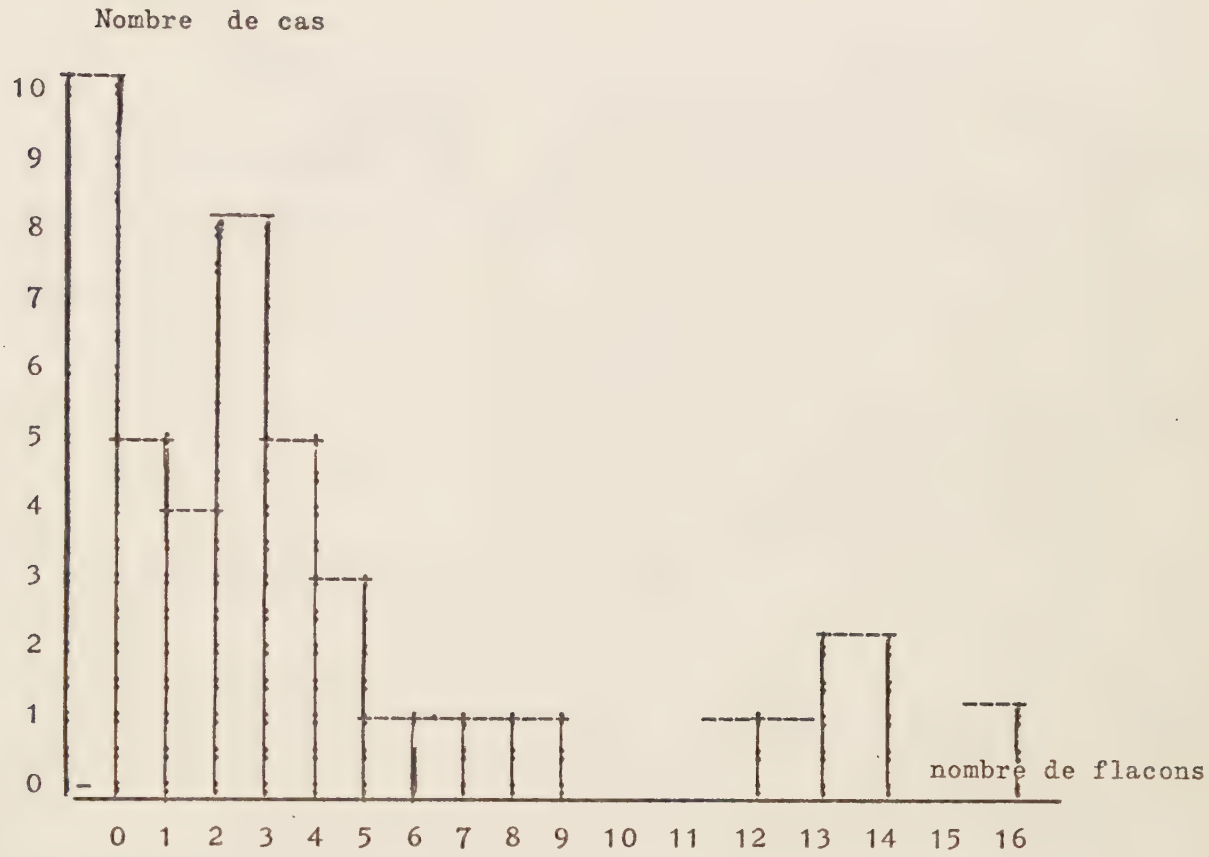
Plus de quatre flacons : hématémèse abondante.



Petite hématémèse : hématocrite égal ou supérieur à 40 % : 15 CAS

Hématémèse de moyenne abondance : hématocrite compris entre 30 et 40 % : 18 cas

Hématémèse abondante : hématocrite inférieur à 30 % : 11 CAS.



10 malades n'ont pas été transfusés. 34 l'ont été.

Le nombre de flacons varie de un à seize.

0 à 400 cc : 15 cas

800 à 1500 cc : 17 cas

2.000 et plus : 12 cas

Ces deux tableaux nous montrent que l'hématémèse du MALLORY-WEISS est le plus souvent une hémorragie de petite ou de moyenne abondance : 32 fois sur 44

Nous avons constaté que l'évolution de cette hémorragie était en règle favorable et qu'elle se tarissait spontanément, ou du moins sans l'intervention du chirurgien (42 fois sur 44) dans un délai excèdant rarement 48 Heures.

3°) Evolution . En règle générale les hémorragies se tarissent spontanément. Sur 44 cas de notre statistique deux seulement ont été opérés à cause du saignement dû aux fissurations du MALLORY-WEISS. Quatre ont été opérés pour : pancréatite

Péritonite

Hernie hiatale énorme nécéssitant une cure

ulcère aigu saignant secondairement.

Trente huit patients n'ont pas été opérés.

La littérature nous donne des chiffres tout à fait différent :

Les hémorragies entrainent la mort en l'absence d'intervention chirurgicale : 42 fois sur 72

Guérison après traitement médical noté 30 fois sur 140.

Le traitement médical, bien que non spécifique : (compensation de la spoliation sanguine et anti-émétique) est suffisant 42 fois sur 44 soit 95 % des cas.

D I A G N O S T I C

L'interrogatoire du malade est capital : car c'est lui qui va nous permettre de suspecter le syndrôme, en nous révèlant un tableau d'hématémèses précèdées de vomissements non sanglants répétés, violents survenant après un repas copieux ou un abus d'alcool ; de préciser les habitus et les antécèdents : index énolique habituel, antécédents gastrique (syndrôme de reflux,ulcère gastrique ou bulbaire, syndrôme d'hypertension portale), les autres antécèdents.

Le diagnostic à l'interrogatoire ne peut être affirmé même si la séquence vomissement alimentaire hématémèse est respectée, car souvent d'autres diagnostics peuvent être évoqués :

Ulcères médicamenteux : 15 Fois

Ulcères peptiques : 2 Fois

Ulcères chroniques : 9 Fois

Varices oesophagiennes : 6 Fois

Aucun diagnostic : 12 Fois

L'examen clinique est habituellement négatif sauf en cas d'association a une grossesse, une pancréatite, une péritonite,une lithiase billiaire, une hépatite virale etc ....

Il est parfois trompeur s'il montre des signes en faveur d'une hypertension portale nous faisant suspecter des varices oesophagiennes:

Acite, oedème des membres inférieurs : 2 cas

Ictère : 4 cas

Flapping -tremor : 2 cas

Hépatomégalie : 11 cas

Le transit baryté est difficile à pratiquer chez un malade en période hémorragique.

Il faut attendre que le patient soit transfusé et équilibré tensionnellement. Qu'il ait un estomac propre, qu'il tienne debout.

Il est trompeur car il pourra montrer une lésion qui n'est pas responsable du saignement .

Ainsi chez nos 44 malades, l'examen radiologique a été pratiqué 41 fois quelques heures après l'endoscopie.

29 Fois la radiographie fut négative

6 Fois elle n'a montré qu'une hernie hiatale

I Fois elle a montré une sténose régulière pouvant évoquer une oesophagite peptique

3 Fois un ulcus gastrique ou duodénal

2 Fois des images évoquant la possibilité de varice oesophagienne unique.

I Fois une lacune arrondie, allongée évoquant un caillot adhérant au niveau du bas oesophage.

En résumé une fois seulement le diagnostic fut évoqué sur les comptes rendus radiographiques devant une image lacunaire, allongée, au niveau du cardia et une intégrité du reste de l'estomac.

Dans la littérature on ne retrouve que 7 cas décrits par DOBBINS, AUPERIN, SPARBERG, HENTER. Les images qu'ils décrivent sont les suivantes :

-Traînée barytée longiligne et irrégulière à la hauteur de l'oesophage

-Tache barytée allongée et persistante au niveau d'une hernie hiatale.

De tels cas sont exceptionnels car les déchirures sont trop superficielles pour retenir la baryte.

Les images sont évocatrices seulement en cas de lacune pouvant évoquer un caillot ou en cas de dilacération complète de l'oesophage avec effraction de la baryte dans le médiastin.

L'artériographie est en principe un bon moyen diagnostic en cas d'hémorragie digestive. Encore faut-il qu'elle soit faite en période hémorragique, chez un malade compensé dans une infrastructure hospitalière importante. Chez nos 44 patients aucune fois l'indication n'a été portée.

Dans un seul cas une splénoportographie par ponction directe de la rate a été faite, avant l'admission dans le service, après un transit baryté négatif ; cet examen n'a pas montré la lésion en cause et a été suivi d'une splénectomie pour accident secondaire. Quelques minutes avant l'intervention une fibro-scopie faite en urgence a montré la fissuration de MALLORY-WEISS.

L'ENDOSCOPIE GASTRIQUE, faite avec un appareil souple à vision axiale chez un malade préparé et transfusé.

En pratique après l'admission du malade on essaye :

1°) d'affirmer la réalité de l'hémorragie digestive. Si l'hématémèse a lieu en notre présence la question ne se pose pas ; dans le cas contraire l'interrogatoire et la sonde gastrique éliminent en général les épistaxis dégluties etc..

2°)d'en apprécier l'abondance : sur l'interrogatoire, le pouls, la tension artèrielle, l'hématocrite (fait par nos soins avec résultat en 120 secondes)

3°) de déterminer le groupe et de poser un cathéter avec un soluté d'attente (dextran, rhéomacrodex).

4°) de transfuser.

Une fois ces étapes faites on peut passer à l'endoscopie. Par la sonde gastrique préalablement mise en place on peut savoir si l'hémorragie persiste ou se tarie, de pratiquer des lavages gastriques à l'eau glacée. L'examen endoscopique se fait alors après une anesthésie laryngée à la xylocaîne visqueuse ; sans prémédication générale, ou si le malade est agité, on fait un valium 5 intra veineux.

Le délai écoulé moyen entre l'admission et l'endoscopie est en moyenne de deux à trois heures. Selon l'état du malade ce délai peut être raccourci et l'examen peut même se faire dans la chambre d'hospitalisation.

L'endoscopie gastrique a été pratiquée chez nos 44 malades, en urgence peu après leur admission. Lors du premier examen 39 fois le diagnostic de fissuration de MALLORY-WEISS comme cause de l'hémorragie digestive a été porté.

2 Fois un doute persistait ; une fois entre MALLORY-WEISS et varice oesophagienne, une fois entre MALLORY-WEISS et ulcère. Le siège était au niveau du cardia indiscutablement.

1 Fois aucune cause n'a été trouvée

2 Fois le diagnostic a été trompeur évoquant une varice oesophagienne.

Au total quelques heures après l'admission 39 fois sur 44 le diagnostic était fait. 5 Fois le diagnostic n'a pas été porté. Chez 4 de ces 5 Malades (deux parce-qu'il avait doute, un parce que le diagnostic était négatif et un parce que l'hémorragie persistait) la fibroscopie a été repratiquée le lendemain en général par une autre personne. Quatre fois le diagnostic fût corrigé. Chez le dernier patient le diagnostic fut fait 48 heures plus tard devant la persistance de l'hémorragie sous sonde de Blackmore.

Les incidents et les accidents sont relativement rares en endoscopie gastrique.

Les signes trompeurs cités par DELUMEAU : lésions d'aspiration de la sonde gastrique sont facilemant identifiables. Elles siègent en général dans le fundus gastrique, sont punctiformes, superficielles et très peu hémorragiques.

Dans nos 44 Cas, un seul accident s'est produit, chez un Monsieur très agité, saignant abondamment (8 flacons en 6 Heures). Il s'agit d'un collapsus sur table d'endoscopie et d'une régurgitation dans les bronches. Accident très vite réparé par transfusion au jouvelet et intubation trachéale avec ventilation artificielle.

L'aspect des lésions est caractéristique. Que l'on parle de fissure, déchirure, ulcération linéaire, lacération, dilacération, ulcération hémorragique isolée du cardia, la plaie est fine, superficielle, allongée longitudinalement de 1 à 3 centimètres sur quelques millimètres de large; unique, double ou multiple. Les bords sont nets, rouges vif, cernés d'un liseré rouge avec parfois une artériole saignant en jet au centre de l'ulcération ; plus souvent obstruée par un caillot adhérant ou par une fausse menbrane.

Cette ulcération n'est pas toujours linéaire à bords bien nets, elle est parfois en raquette dont le manche serait en haut ; parfois en raghades : ulcération linéaire centrale cernée de multiples ulcérations plus petites en périphérie, en coup d'ongle.

FISSURATION UNIQUE ET LINEAIRE 34 CAS

- sans caillot 26 cas
- avec caillot adhérent 4 cas
- en raquette 3 cas
- film sanglant 1 cas

FISSURATIONS MULTIPLES 8CAS

- double 6 cas
- triple 2 cas

CAILLOT UNIQUE 2 cas

La où les fissurations siègennt au niveau du cardia,

- a cheval sur la muqueuse gastrique et oesophagienne 31 fois
- en muqueuse gastrique mais alors au niveau du collet d'une hernie hiatale 11 Fois
- non précisé 2 fois.

Qu'elle soit antérieure, postérieure ou latérale, la différence n'est pas significative. Pour BOULAYA elle est presque toujours postérieure. Pour DELUMEAU elle est le plus souvent antérieure.

Les différents aspects peuvent être expliqués par l'évolution de l'ulcération.

Sous l'effet du traumatisme initial (les vomissements) la déchirure se produit à la jonction oesogastrique. L'aspect est alors:

1°) ulcération longitudinale bordée d'un liseré rouge, très hémorragique, avec parfois une artériole saignant au centre.

2°)très rapidement l'ulcération est comblée par une fausse membrane adhérente avec un caillot noirâtre. C'est ce caillot qui donne l'image lacunaire à la radiographie et qui peut être trompeur en endoscopie, en faisant croire à l'hémostase d'une varice oesophagienne,. Pour affirmer le diagnostic il faudrait mobiliser le caillot par lavages successifs, et l'ulcération linéaire apparaitrait en dessous ; ce qui n'est pas fait, par crainte de reprise hémorragique.

3°) en une semaine approximativement la lésion disparaît laissant une cicatrice linéaire blanchâtre. 36 fois sur 44 cela a été vérifié entre le huitième et le quatorzième jours.

5 Fois la fibroscopie a été faite avec un mois de recul il ne restait aucune trace.

Pourtant une fois elle a été pratiquée 3 mois après l'épisode hémorragique, pour persistance d'un syndrôme de reflux, la cicatrice était encore visible sour la forme d'un liseré rouge ; il est probable que l'agression peptique empêchait une bonne cicatrisation.

Ce Monsieur fût opéré quelques semaines plus tard pour correction de la hernie hiatale, un nouvel examen endoscopique fait quelques jours après était tout a fait normal.

En résumé la lésion siège à la jonction oesogastrique. L'image endoscopique est une déchirure linéaire superficielle, hémorragique, cicatrisant rapidement en huit à quatorze jours.

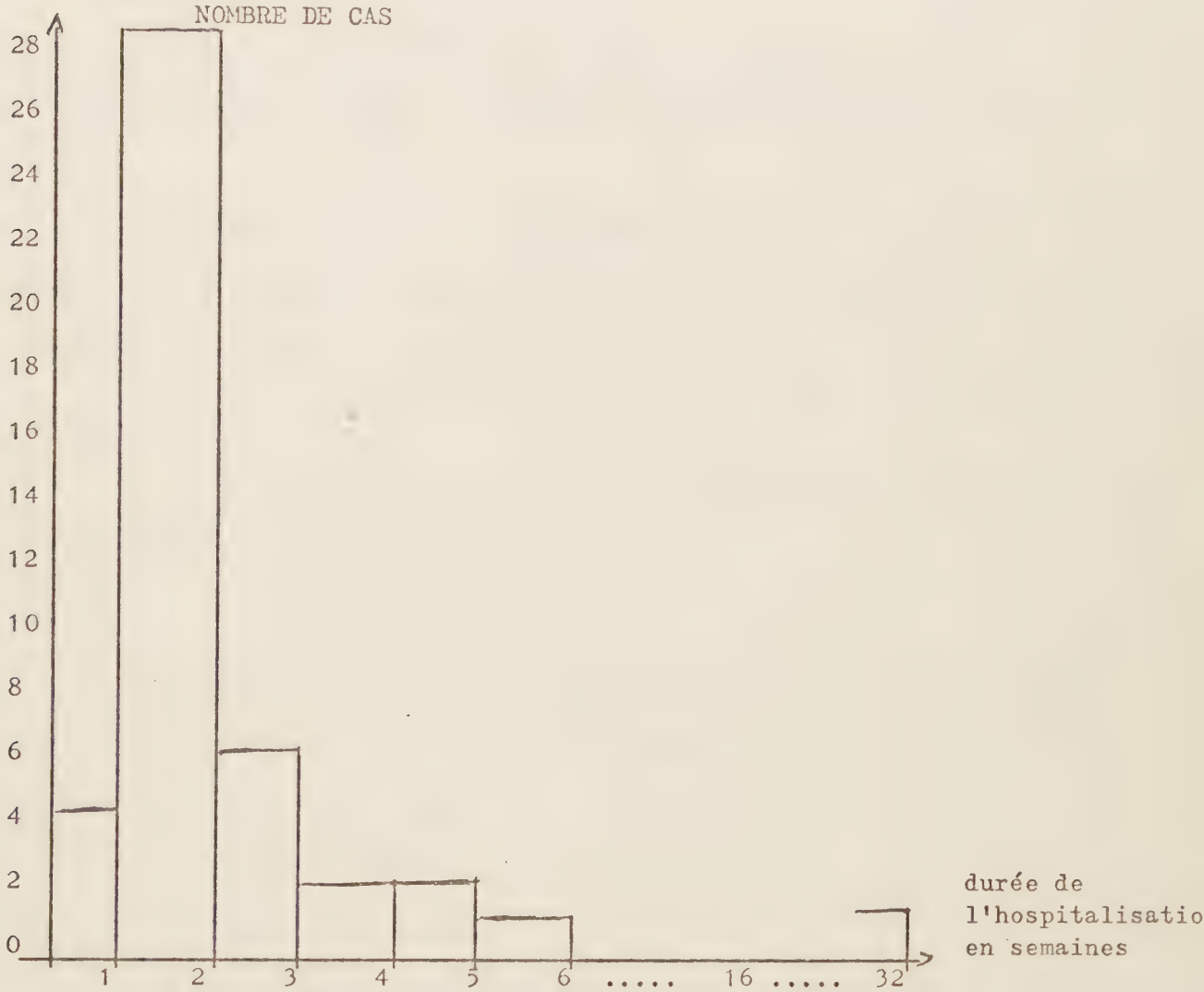
- 18 FOIS le syndrôme de MALLORY-WEISS était simple

- 26 Fois il était associé à :

	Hernie hiatale	Ulcère G. B. P.	varices oesophagienn	troubles mécaniques	troubles sécrétoires	gastrectomie
1	+			+		
2	+					
3	+		+			
4	+					
5	+	+				
6					+	
7						+
8	+					
9	+	+				
10	+		+			
11	+					
12				+		
13	+			+		
14	+					
15		+		+		
16					+	
17	+					
18	+					
19		+				
20	+					
21		+				
22		+				
23	+				+	
24	+				+	
25	+					
26	+	+		+		

E V O L U T I O N

Jugée sur la durée de l'hospitalisation, sur la clinique, l'hématocrite etc..



La durée de l'hospitalisation moyenne est de 8 à 15 jours : 28 fois sur 44

4 fois l'hospitalisation a été plus courte : 2 fois sortie sur demande, 2 fois passage dans un autre service ou nous n'avons pas pu avoir la suite du dossier.

12 Fois l'hospitalisation a été plus longue pour problème particulier :

- jusqu'à 21 jours pour.polynévrite des membres inférieurs
  . délirium trémens
  . problèmes hépatiques sévères : 2 fois
  . retard diagnostic
  . opéré d'ulcère saignant post MALLORY-WEISS

- jusqu'à 28 jours, pré - délirium trémens : 2 fois
- jusqu'à 35 jours, hépatite virale
  . cirrhose décompensée.
- jusqu'à 3 mois, problèmes infectieux chez un MALLORY-WEISS opéré.

Deux cas sur 44 ont été opérés à cause de l'hémorragie dûe au syndrôme de MALLORY-WEISS. Les résultats dans notre statistique ne sont pas brillants : un décès au 8ième jours post-opératoire par troubles ventilatoires.

: Un cas ayant nécessité une hospitalisation de 4 mois pour problèmes infectieux post-opératoire.

Quarante deux fois la fissuration n'a pas nécessité d'intervention chirurgicale. L'arrêt de l'hémorragie s'est fait dans un délai variable : 31 fois en 24 heures

6 fois en 48Heures

4 fois en 72 heures

I fois au bout de 6 jours. (Mais on s'est aperçu qu'un ulcère aigu avait pris le relai et une intervention chirurgicale s'est avérée indispensable non pas pour suturer la fissuration de MALLORY-WEISS mais pour traiter l'ulcère).

15 Malades sur 44 ont été revus au delà de 2 mois.

Il a été observé :

- une récidive de MALLORY-WEISS chez une femme énolique (index éthylique supérieur à 150) vomissant plusieurs fois par jour, psychiatriquement malade.
- une fois persistance du syndrôme de reflux laissant la cicatrice à vif et nécessitant une cure de hernie hiatale
- 13 fois il n'y avait aucun problème.

A un an, seulement 6 malades ont pu être revus ils ne posaient aucun problème.

En résumé le syndrôme de MALLORY-WEISS, peut être considéré, pour l'instant, comme un accident, bien sûr favorisé par de nombreux facteurs guérissant médicalement 42 fois sur 44, rarement récidivant une fois sur 44.

T R A I T E M E N T

1°) comme devant toute hémorragie digestive le premier geste est la compensation de la spoliation sanguine grâce à un catheter mis en place dès les premières minutes de l'admission. La surveillance de l'apport sanguin se fait en suivant le pouls, la tension artérielle, l'état de conscience et l'hématocrite du malade.

2°) la mise en place d'une sonde gastrique va permettre de surveiller la persistance ou l'arrêt de l'hémorragie, de pratiquer des lavages gastriques à l'eau gacée. - lavage : pour préparer la fibroscopie et vider l'estomac des caillots, apaisant ainsi en partie les vomissements s'ils persistent.

- à l'eau glacée pour faciliter l'hémostase.

3°) anti-émétique systématiquement, soit pour calmer les vomissements s'ils persistent, soit pour les prévenir.

4°) après la fibroscopie, des pansements gastriques et des hémostatiques de contact. Dans le service on utilisait la potion : pour 500 cc d'eau glacée 8 sachets de phosphalugel, 4 flacons de thrombase, 4 flacons d'hémocaprol à raison, de 100 cc toute les deux heures.

5°) parfois il est utile d'ajouter des antisécrétoires : devant un syndrôme de reflux important avec oesophagite ou un ulcus associé.

6°) deux fois nous avons eû recours au traitement chirurgical :

- premier cas gastrotomie antérieure et haute.

localisation de l'ulcération et trois points de sutures en X ont été mis pour assurer l'hémostase. Un ulcère microscopique pylorique a été trouvé, pour cette raison les chirurgiens ont pratiqué un Dragstedt et pyloroplastie.

- deuxième cas gastrotomie antérieure haute. Localisation de l'ulcération, sutures en X. Cholecystostomie permettant d'extraire un calcul vésiculaire unique.

Le but du traitement chirurgical est - d'arrêter l'hémorragie : gastrotomie antérieure et sutures en X de l'ulcération.

- de supprimer éventuellement les causes qui auraient pu provoquer les vomissements :

. Dragstedt, pyloroplastie pour ulcère pylorique ou bulbaire.

. Cure d'une hernie hiatale.

. Cure d'une lithiase billiaire.

. etc .....

A noter que 4 malades ont été opérés pour d'autres raisons que le MALLORY-WEISS : une pancréatite, une péritonite, un ulcère saignant (quelques jours après l'hémorragie du MALLORY-WEISS), une hernie hiatale (sans problème hémorragique).

D I S C U S S I O N S

Les Docteurs LIGUORY et HUGUIER dans la revue du Praticien 1973 . 23 . étudient les différentes causes de 450 hémorragies digestives.

	Nombre de cas	%
Varices oesophagiennes	111	25
Ulcères aigus gastro duodénal	103	23
Ulcère chronique gastrique	70	15
Ulcère chronique duodénal	65	14
Tumeur gastrique	25	
Gastrite	21	
Ulcère anastomotique	22	
Fissuration oeso-cardiale	16	4
Divers	17	

Nos résultats sont équivalents car l'étude est faite sur les mêmes dossiers.

On voit donc que le syndrôme de MALLORY-WEISS est une cause fréquente d'hémorragie digestive. Sa reconnaissance est très importante : car au point de vu traitement il n'y a pas de geste spécifique a faire sachant que c'est un MALLORY-WEISS , on peut temporiser au maximum même si l'hémorragie persiste (a condition évidemment de bien la compenser) car on sait que l'hémostase se fait le plus souvent sans l'aide du chirurgien.

L'association, fissuration MALLORY-WEISS - hernie hiatale n'a pu être faite que grâce à la fibroscopie ; ainsi un nouvel élément pathogénique a pu être apporté, création d'un nouvel orifice artificiel - le collet de la hernie- souvent asynchrone lors du vomissement.

Si la hernie est importante il faut bien entendu en faire la cure chirurgicalement.

Dans tous les cas poursuivre après la période hémorragique un traitement médical continu et de longue durée de manière à prevenir la fragilisation de la muqueuse au niveau de la jonction oesogastrique.

L'action de l'alcool dans le syndrôme de MALLORY-WEISS est double. Ethylisme aigu provoquant des vomissements ; Ethylisme chronique entraînant une gastrite.

Le syndrôme de MALLORY-WEISS n'est qu'une petite plaie supplémentaire à ajouter aux problèmes de l'alcoolisme.

Diagnostic différentiel

Au niveau de l'hémorragie digestive le problème ne se pose généralement pas , car l'endoscopie gastrique lévera le doute.

Sur le plan lésionnel deux diagnostics peut être évoqués :
- Ulcère aigu médicamenteux, d'autant que 15 fois sur 44 la prise de médicaments gastro-toxique avait été vérifiée. En fait l'ulcère aigu n'est pas précédé de vomissement non sanglant : son aspect endoscopique est différent : c'est une ulcèration arrondie, superficielle. Certains veulent assimiler le syndrôme de MALLORY-WEISS à l'ulcération simplex de Dieulafoy, en fait mis à part le problème macroscopique des lésions, le syndrôme de MALLORY-WEISS reconnait une roigine mécanique, pas l'ulcération simplex.
- Le deuxième diagnostic différentiel est plus trompeur. Le caillot adhérant au fond de l'ulcération est parfois pris pour un caillot obstruant une varice venant de saigner. D'autant qu'en périphérie de l'ulcération de MALLORY-WEISS peuvent exister parfois des petites veinules thrombosées. Deux fois l'erreur a été faite sur nos 44 malades. Théoriquement la différence est facile à faire, il faudrait à l'aide de l'endoscope , laver les lésions et en chasser le caillot. L'ulcération apparaîtrait en dessous, geste qui n'est pas fait car ce caillot assure une hémostase précaire qu'il faut préserver. Comment faire ? Mettre une sonde de Blackmore comme pour une rupture de varice oesophagienne ? l'hémostase est précaire mais faite,

donc la sonde n'est pas nécessaire. Si un doute persiste , refaire une fibroscopie avec 24 heures de délai, l'ulcération sera en général visualisée.

C O N C L U S I O N

Nous venons de voir

1°) Que le syndrôme de MALLORY-WEISS était une cause fréquente d'hémorragie digestive - 4 à 5 % - et pour cela il faut qu'il soit connu et reconnu endoscopiquement.

2°) Qu'il reconnaissait :

- un facteur déclenchant ; les vomissements - quelle qu'en soit l'origine - à pylore et cardia fermés.
- des facteurs favorisants - Ethylisme
  - Syndrôme de reflux
  - Médicaments gastro-toxiques

3°) Que le diagnostic était relativement facile dans un service équipé d'appareils à fibres de verre: l'hématémèse précédée de vomissements non sanglants est un signe d'appel non négligeable, l'endoscopie montrant la fissuration longitudinale à la jonction cardio oesophagienne affirme le diagnostic. Une fois le diagnostic certain, il faut temporiser - Transfusion et traitement médical - car l'on s'aperçoit que 42 fois sur 44 l'hémorragie se tarie sans l'aide du chirurgien.

B I B L I O G R A P H I E

ABRAMS W. W. - Le Syndrome de Mallory-Weiss. - Am. J. Gastro enterol.,mai 1960, 33, N° 5, 574-579.

ALEX C. MILLER Jr. - 33 Mallory-Weiss - Southern Med. J. 1970 , 63, 441-444.

ANTONIO J. M. T. , HUNTER C. H. et DOBBINS W. O. - Syndrome de Mallory-Weiss : diagnostic radiologique. - Amer. J. Dig. Dis.,nov. 1970, 15, N° 11, 1043-1044

ATKINSON M. et coll. - Le déchirement de la muqueuse de la jonction oesophago-gastrique (syndrome de Mallory-Weiss). - GUT, mars 1961, 2, N°1, 1-11, 10 fig.

AUPERIN G. - Contribution à l'étude du syndrome de Mallory-Weiss. A propos d'une observation. - Thèse Paris , 1966, N° 1035, 39 pages, 5 tabl.

BAUE A.E. - Hémorragie par lacération du cardia (syndrome de Mallory-Weiss). - J.A.M.A., 4mai 1963, 184, N° 5, 325-328.

BELLMANN H. et coll. - Etiologie et pathogénèse du syndrome de Mallory-Weiss.- Zbl. Chir., 27 av. 1973, 98 , N° 17, 636-647, 10 fig.

BOULLE J., JANVIER R.,AUPERIN G. et ROUSSELOT R. - Le syndrome de Mallory-Weiss, cause souvent méconnue d'hématémèse. - Concours méd., 10 Fév. 1968, 90 , N° 6, 1093-1099.

BOUYALA J. M. et coll. - syndrome de Mallory-Weiss.- Pédiatrie, juil. août 1971, 56 , N° 5, 572.

BOUYALA J. M. , GONGGRYP N.,SERIAT-GAUTHIER B. et PAGES M. - Le syndrome de Mallory-Weiss chez l'enfant. - Ann. Chir. infant., sept.oct. 1972, 13 , N° 5, 313-326.

BROMBART J. C. , VAN DER HOEDEN R. et JEANTY C. - Syndrome de Mallory-Weiss à localisation oesophagienne. - sem. Hôp. Paris, 14 mai 1971, 47 , N°23, 1469-14

BROMBART J. C. , VAN DER HOEDEN R. et JEANTY C. - Syndrome de Mallory-Weiss à propos d'un cas localisé à l'oesophage, diagnostiqué par la radiographie.- Acta gastro-ent. belg., oct. 1971, 34 , N° 10, 686-693.

BRUNO M. S. , GRIER R. N. et OBER W. B. - Lacération spontanée et rupture de l'oesophage et de l'estomac, syndrome de Mallory-Weiss et syndrome de Boerhaave.- Arch. of Int. Med., Oct. 1963, 112 , N° 4 , 574-583, 6 fig.

BUTLER M. L. - Diagnostic radiologique du syndrome de Mallory-Weiss. - Brit. J. Radiol., Juil. 1973, 46 , N° 547, 553-554.

BYRNE J. J. et MORAN J. H. - LE SYNDROME DE Mallory-Weiss . - New England J. Med. 25 Fév. 1965, 272 , N° 8 , 398-400.

CARR J. C. - Le syndrome de Mallory-Weiss.- Clin. Radiol., janv. 1973, 24 , N° 1, 107-112, 9 fig.

CHALMERS T. C. , ZAMCHECK N . - Hémorragie gastro-intestinale haute. 101 cas.- Amer . J. Path. 1952, 22 , 634-635.

CHAPPELLART P., VANEL Y. et SALLET J. - Erosions linéaires sous-cardiales et syndrome de Mallory-Weiss. - Arch. Franç. Mal. App. dig., juil. 1967, 56 ; N° 6, 577.

DAGRADI A. E. , BRODERICK J. T. , JULER G. , WOLINSKY S. et STEMPLEN S. J. - Syndrome de Mallory-Weiss et lésion. Etude de 30 Cas .- Am. J. Dig. Dis., sept 1966, 11 , N° 9, 710-721.

DECKER J. P. , ZANCHECK N. et MALLORY G. K.- Syndrome de Mallory-Weiss : Hémorragie par lacération oesophagienne au njveau de l'orifice cardiaque de l'estomac.- New England J. Med. , 10 déc. 1953, 249, N° 24, 957-963.

DELUMEAU G. et coll. - Apport de la fibroscopie oeso-gastrique dans le diagnostic du syndrome de Mallory-Weiss . A propos de 11 cas. - Arch. Mal. App. Dig., av. mai 1971, 60 , N° 4-5, 263.

DELUMEAU G., PERRIN D., LISLE L. R. (de), VEYRAC Y. et MINICONI P. - Apport de la fibroscopie au diagnostic du syndrome de Mallory-Weiss et des ulcérations hémorragiques de la jonction oesogastrique. - Ann. Gastroent. (Paris), juil. sept. 1972, 8 , N° 4 , 329-337.

DOBBINS W. O. - Syndrome de Mallory-Weiss. Une cause souvent méconnue d'hémorragie gastro-intestinale haute. Rapport de 3 cas et revue de la littérature.- Gastroenterology, mai 1963, 44 , N° 5, 689-695.

DRUT R., VESTFRID M. A. et GIMENEZ P. O. - Lacérations cardio-oesophagiques : syndrome de Mallory-Weiss .- Pren. med. argent., 14 juil. 1972, 59 , N° 24, 893-898.

ETHEREDGE S. N. - Syndrome de Mallory-Weiss (hémorragies par lacérations muqueuses cardio-oesophagiennes) .- Am. J. Surg., Août 1960, 100 , N° 2, 200-205.

FLEISCHNER F. G. - Syndrome associé à une hernie hiatale, oesophagite peptique, syndrome de Mallory-Weiss, , hémorragies et anémie, et ulcère oesophago-gastrique marginal. - J.A.M.A. , 1956, 162 , 183-191.

FREEARK R. J., Norcross W.J. , BAKER R. J. et STROHL E. L. -Syndrome de Mallory-Weiss . - Arch. Surg. mai 1964, 88, N° 5, 882-887.

GLOTZER P. et ELIAS K. - Déchirures muqueuses gastro-oesophagiennes par vomissements comme source de saignement digestif haut (le syndrome de Mallory-Weiss). - New England J. Med., 20 av. 1961, 274 , N° 16, 817-818.

GRIMES O. F. - Traitement chirurgical de l'hémorragie massive gastro-intestinale par lacérations oesophagiennes. - Am. J. Surg., Août 1964, 108 , N° 2, 285-296,11

HARDY J. T. - Syndrome de Mallory-Weiss. Relation d'un cas diagnostiqué par gastroscopie. - Gastro-enterology, av. 1956, 30 , N° 4, 681-685.

HODGES D. J. - Hémorragie inexpliquée des voies digestives hautes. Le syndrome de Mallory Weiss.- Med. J. Australia, 24 oct. 1964,51 , N° 17,669-671.

HOLLENDER L. et ADLOFF M. - Le syndrome de Mallory-Weiss. Une étiologie rare d'hémorragie digestive haute. - Strasbourg méd., mai 1961, 121 , N° 5, 371-375.

HOLMES K. D. - Syndrome de Mallory-Weiss. Revue de 20 cas et revue de la littérature. Ann. Surg., nov. 1966,164, N° 5, 810-820.

JOLLY D.- Le syndrome de Mallory-Weiss.(A propos de deux cas guéris chirurgicalement) Thèse Paris, 1966, N° 485, 46 pages.

KATZ D., FREUD M. et McKINNON W. M. P. - Le syndrome de Mallory-Weiss ; évaluation par endoscopie précoce de son tableau clinique et de son incidence dans l'hémorragie gastro-intestinale haute.- Am. J. Dig. Dis. av. 1965, 10 , N° 4, 314-323.

KOEHLER P.R. - Nouveaux points de vue du diagnostic radiologique du syndrome de Mallory-Weiss. - Brit. J. Radiol., mai 1969, 42 , N° 497, 354-357.

LIGUORY C. , HUGUIER M.,- Apport de la fibroscopie par voie haute en gastro-entérologie.-Rev. du Prat. (Paris) 1973, 23 , 4323-4341.

MALLORY G. K. et WEISS S. - Hémorragies par lacérations du cardia dues à des vomissements. - Am. J. Med. Sc., 1929, 178, 506-515.

Mc PHEDRAN N. T. - Massive upper gastro-intestinal bleeding from spontaneous lacerations of the lower oesophagus (Mallory-Weiss syndrome). - Canad. J. Surg., 1958, 2 , 103.

Mc VAY C.B. - Traitement d'un cas de syndrome de Mallory-Weiss et Boerhaave associés. Surg. Clin. N. Amer., oct. 1970, 50, N° 5, 1111-1117.

MEYEROWITZ B. R. et ROSENTHAL I.I. - Syndrome de Mallory-Weiss. Une observation rapportée. - J. Mount Sinaï Hosp., nov. déc. 1964, 31 , N° 6, 545-548.

MOULLE P. -Syndrome de Mallory-Weiss. Hématémèses par fissuration de la muqueuse du cardia due à des efforts de vomissement. - Presse méd., 23 nov. 1968, 76 , N° 45, 2165.

PALMER E. D. - Diagnostic d'une hémorragie digestive haute sévère.- Ann. Intern. Med.1952, 36 , 1484 - 1491.

PEYCELON R., DELORE X. et Grobert J.F. - Intervention pour hématémèses graves. Syndrome de Mallory-Weiss. - Lyon chir., sept. 1967, 63 , N° 5, 719-720.

PODGORNY G. et LINDER J. H. - Revue du syndrome de Mallory-Weiss.- Int. Surg. fev. 1971, 55 , N° 2 , 123-126.

SPARBERG M. - Documentation radiographique du syndrome de Mallory-Weiss . - J.A.M.A. 8 Janv. 1968, 203 , N° 2, 151-152.

SMALL A. B. et ELLIS P.R. - Lacération de l'oesophage distal due à des vomissements (syndrome de Mallory-Weiss) ; relation d'un cas avec hémorragie massive ; guérison après réparation de la lacération. - New England J. Med., 6 fév. 1958, 258 , N° 6, 285-286.

STAHLGREN L. H. et LING C. S. - Traitement chirurgical des hémorragies digestives supérieures massives, dues à des lacérations muqueuses cardio-oesophagiennes.- Surgery, août 1960, 48 , N° 2 , 332-334.

STOICA T. - Le traitement chirurgical du syndrome de Mallory-Weiss.- Zbl chir., 88 août 1959, 84 , N° 32, 1287-1289.

THOMPSON N. W. , ERNST C. B. et FRY W. J. - Le shéma de la lésion émétogène de l'oesophage et de l'estomac.- Am. J. Surg. , Janv. 1967, 113 , N° 1, 13-26, 15 fi

VANEL Y. - Contribution à l'étude de la pathologie de la jonction oesophago-gastriqu Le syndrome de Mallory-Weiss. A propos de 7 observations inédites. - Thèse Paris, 1966, N° 356, 59 pages.

VANEL Y. - Syndrome de Mallory-Weiss . A propos de deux cas guéris chirurgicalement.- Presse méd. , 21 janv. 1967, 75 , N° 3 , 162.

WEAVER D. H., MAXWELL J.G. et CASTLETON K. B. - Syndrome de Mallory-Weiss . -Am. J. Surg. , Déc. 1969, 118 , N° 6 , 887-892.

WEISS S. et MALLORY G.K. - lésions of the cardiae orifice of the stomach produced by vomiting, - J.A.M.A., 1932, 98 , 1353.

WHITING E. G. et BARRON G. Massive hemorrhage from a laceration, apparently caused by vomiting, in the cardiae region of the stomach, with recovery.- Calif. Med., 1955, 82 , 188.

X. - Hématémèse et syndrome de Mallory-Weiss. - Lancet, 27 Juil. 1963, N° 7300, 182-183.

X. - Observations : pancréatite aiguë hémorragique. Déchirure oesophagienne avec hémorragie oesophagienne et gastrique (syndrome de Mallory-Weiss).- New England J. Med. , 5 oct. 1961, 265 , N° 14, 696-700 .

X.- Syndrome de Mallory-Weiss .- Brit. Med. J. , 4 sept. 1965,N° 5461, 549.

X.- Le syndrome de Mallory-Weiss. - sem. Hôp. Paris, 26 mars 1970, 46 , N° 15, 1022-1023.

YOUNG H. , GRAY S. W. et SKANDALAKIS J. E. - Vomissements traumatiques. Syndrome de Mallory-Weiss.- J. Med. Ass. Georgia, sept. 1967, 56 , 362, in Internat. Surg Dig., déc. 1967, 76, N° 12, 484-485.

ZIKRIA B. A. , ROSENTHAL A.D., POTTEN R. T. et FERRER J. M. jr.- Syndrome de Mallory-Weiss et rupture émétogène (spontanée) de l'oesophage.-Ann. Surg., juil. 1965, 162 , N° 162, N° 1, 151-155.

Vu: le Président de Thèse

Vu: le Doyen de la Faculté

Le Doyen de la Faculté
de Médecine Saint-Antoine

Vu et permis d'imprimer:

Pour le Président de l'Université P. et M. Curie
(Paris VI)
et par autorisation
Le Vice-Président,

P. BERTHAUX